N° 51

DE

L'ORCHITE TRAUMATIQUE

AVEC ATROPHIE CONSÉCUTIVE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 9 AOUT 1884

Par B. ESQUIBA

Né à OSSUN (Hautes-Pyrénées)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

Rues Durand et Levat

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✵ ✠..... DOYEN
COMBAL ✵ ✪..... } ASSESSEURS
GRASSET..... }

PROFESSEURS

Pathologie externe	BOYER ✵.
Accouchements	DUMAS ✵.
Clinique médicale	DUPRÉ ✵ C. ✠.
Anatomie	BENOIT ✵ ✠.
Clinique médicale	COMBAL ✵ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER ✵.
Physique médicale	MOITESSIER ✵.
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL ✵.
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON ✵ ✠.
Physiologie (chargé du cours)	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale	N...
Opérations et appareils	N...

MARTINS (O. ✵), FONSSAGRIVES (O. ✵), COURTY ✵, Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATTLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✵.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOYER, *Président ;*
TÉDENAT, *Professeur ;*
BIMAR, SERRE } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Regrets éternels !

A MA MÈRE

Témoignage de la plus tendre affection !

A mon oncle J. MANINAT

Hommage de ma reconnaissance !

A MES FRÈRE ET SŒURS

A TOUS MES PARENTS

B. ESQUIBA.

A mon Président de thèse

M. BOYER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A M. DUPRÉ

SÉNATEUR

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MM. LANNEGRACE, CHALOT, BAUMEL

Professeurs-agrégés

A TOUS MES AMIS

B. ESQUIBA.

INTRODUCTION

Sans être absolument nouveau, le sujet que nous traitons présente encore bien des lacunes. Nos auteurs classiques ne disent que fort peu de choses sur les conséquences de l'orchite traumatique. Si les phénomènes cliniques en sont bien connus, il n'en est pas de même des désordres apportés dans l'organe séminal par la contusion, et surtout du mécanisme par lequel s'opère l'atrophie, qui en est la terminaison la plus habituelle.

En choisissant ce sujet pour notre Thèse inaugurale, nous n'avons pas eu la prétention de jeter un jour nouveau sur cette question : nous avons voulu simplement présenter une idée d'ensemble sur ce qui a été dit à ce sujet jusqu'à ce jour et donner le résultat des études expérimentales sur l'atrophie, qui est la partie la plus obscure de la question.

Ainsi que l'indique le titre de notre travail, nous ne nous occuperons ici que de l'inflammation de l'épididyme, et surtout de celle du testicule survenant à la suite d'une contusion portant sur l'organe lui-même.

Nous laisserons donc de côté les cas où le choc, portant sur le canal inguinal ou le cordon, donne lieu à une orchite par *propagation*. Nous ne dirons rien non plus des désordres que peuvent déterminer dans les enveloppes scrotales les plaies par instruments tranchants, par exemple, ou par les projectiles de guerre.

Comme nous l'avons déjà dit, nous nous contentons de rapporter les faits observés et les résultats des expériences, sans chercher à en tirer des *conclusions* au moins prématurées. Nous ne pouvons, en effet, considérer comme définitifs les résultats de ces expériences ; il y a du reste encore bien des points obscurs dans l'étude des lésions de l'orchite traumatique.

Qu'il nous soit permis, avant de poursuivre notre sujet, de remercier ici M. le professeur agrégé Chalot, qui a bien voulu mettre à notre disposition trois observations inédites.

Voici l'ordre que nous suivrons dans l'exposé de notre travail :

Historique de la question. Etiologie et pathogénie. Anatomie pathologique. Symptomatologie. Diagnostic, pronostic et traitement. Nous rapportons ensuite 17 observations d'or-

chites traumatiques, dont 16 terminées par atrophie. La 17e est trop récente pour en connaître encore les conséquences. Cinq de ces observations sont inédites ; les deux dernières sont personnelles.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0095

DE

L'ORCHITE TRAUMATIQUE

AVEC ATROPHIE CONSÉCUTIVE

HISTORIQUE

C'est à Astley-Cooper que remonte l'histoire de l'orchite traumatique ; c'est lui qui le premier a étudié l'atrophie consécutive à la contusion du testicule.

Dupuytren, qui avant lui avait parlé des engorgements du testicule, ne mentionne même pas la contusion parmi les causes étiologiques. En 1825, Boyer la signale, mais sans s'y arrêter.

Dans son ouvrage paru à Londres en 1830 *(Observations on the structure and diseases of the testis)*, Astley-Cooper insiste sur la fréquence des traumatismes dont le testicule peut être le siége, sur la réaction générale et locale qui peut être la conséquence de ce traumatisme, et enfin sur la perte de l'organe par atrophie, terminaison fréquente chez l'adolescent, de l'inflammation ainsi provoquée.

« L'atrophie du testicule, dit-il, est un effet de son inflammation. Ce résultat s'observe plus fréquemment à l'époque de la puberté qu'à tout autre âge. Dans certains cas, la maladie reconnaît pour cause déterminante un coup porté sur la partie, soit dans l'exercice de certains jeux, soit lorsque dans l'équitation le testicule est porté brusquement contre le pommeau de la selle. »

Il cite à l'appui de ses assertions plusieurs observations. Nous en rapportons une plus loin.

Samuel Cooper ne fait guère que résumer les idées de son prédécesseur. Empruntons-lui cependant les lignes suivantes : « L'atrophie du testicule, c'est-à-dire la destruction ou l'absorption plus ou moins complète de cet organe, peut survenir après que l'inflammation aiguë dont il était le siège s'est calmée ; mais cette atrophie a lieu plus souvent quand l'inflammation a été excitée par une violence extérieure que lorsqu'elle est la suite de la gonorrhée. »

Bérard, dans sa thèse *Sur les engorgements du testicule*, accepte, comme les deux auteurs précédents, que l'atrophie est plus fréquente à la suite de l'orchite par contusion que dans l'orchite blennorrhagique.

Velpeau (Art. TESTICULE du *Dictionnaire en 30 volumes*, 1844) cherche à préciser quelles sont les parties de la glande le plus spécialement atteintes dans l'inflammation par contusion. « Lorsque l'inflammation du testicule, écrit-il, survient à la suite d'un coup, d'une chute, d'un froissement, d'une secousse, d'une lésion traumatique ou d'une violence extérieure quelconque, elle offre ceci de particulier que le gonflement des parties porte tout aussi bien, dès le principe, sur le testicule que sur l'épididyme, que très-souvent même le testicule reste seul affecté depuis le commencement jusqu'à la fin de la maladie, que le canal

déférent ne participe presque jamais au gonflement, à l'inflammation.

» Il faut noter ensuite que la tumeur est le plus souvent inégale, bosselée, qu'elle offre par-ci par-là comme des noyaux, comme des plaques entremêlées d'espaces plus souples dans le testicule affecté. »

Après Velpeau, Vidal (de Cassis) montre que les lésions peuvent siéger dans le testicule seul, dans l'épididyme ou enfin dans la vaginale.

Le docteur Soulé, chirurgien de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, faisant intervenir la région primitivement atteinte par le traumatisme, cherche à établir deux variétés d'orchites : l'orchite directe lorsque la violence porte sur le testicule lui-même, et l'orchite indirecte, lorsqu'elle porte sur le cordon. Dans ce dernier cas, l'inflammation se propagerait au testicule par voie de continuité.

Si beaucoup d'auteurs se sont occupés de l'étude clinique de l'orchite traumatique, bien peu ont fait des recherches anatomiques et ont cherché à se rendre compte des lésions intimes produites par le traumatisme sur le parenchyme testiculaire.

La rareté des autopsies explique sans doute le silence des auteurs à ce sujet.

Il est juste cependant de reconnaître que Robert, dès 1848, chercha à établir une distinction entre l'orchite blennorrhagique, qui siégerait selon lui dans les vaisseaux séminifères (orchite parenchymateuse), et une autre variété d'orchite, qui occuperait plus spécialement le tissu cellulaire de l'organe.

Après lui, Cruveilhier se préoccupa de trouver la raison anatomique de l'atrophie qui succède à la contusion du testicule.

Plus récemment, le Dr Rigal, dans un mémoire publié

dans les *Archives de physiologie*, a étudié le processus de l'atrophie qui succède aux écrasements du testicule.

En 1879, Terrillon continue ces recherches anatomo-pathologiques après avoir produit sur les chiens, dans le centre même du testicule, des phénomènes inflammatoires par l'injection d'une solution faible de nitrate d'argent.

Enfin, tout récemment, M. Coutan, dans sa Thèse inaugurale (Paris, 1881), donne le résultat des recherches histologiques faites sur les testicules de quatre chiens de tailles différentes, chez lesquels il avait provoqué expérimentalement des orchites traumatiques.

Étudions maintenant dans quelles conditions se produit l'orchite traumatique.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La contusion est une des causes les plus habituelles de l'orchite traumatique. Il est étonnant que le testicule, qui peut subir, presque sans réaction, comme le fait remarquer Astley-Cooper, l'action d'un instrument piquant ou tranchant, s'enflamme au contraire très-facilement à la suite d'un coup ou d'un choc violent.

Toujours d'après Astley-Cooper, « la situation pendante des testicules les rend plus susceptibles d'inflammation que les autres parties ; car, par l'effet de la pesanteur, le sang contenu dans leur tissu revient avec difficulté dans les veines. De là un relâchement général du corps de l'organe, relâchement qui y favorise la congestion et l'inflammation.

» L'excitation à laquelle les exposent les désirs vénériens, qui souvent ne peuvent être satisfaits immédiatement, entraîne une accumulation du fluide séminal et une distension excessive et douloureuse des tubes séminifères. Cette distension peut être suivie d'inflammation. » On cite l'observation d'un notaire qui, épris d'une jeune fille dont il passait le contrat, et ne pouvant satisfaire sa passion, fut atteint d'orchite traumatique.

Les testicules sont extrêmement exposés aux coups et aux compressions. « Si le coup est violent, dit A. Cooper,

il provoque le vomissement à l'instant même, et en quelque sorte sous la main qui a exercé la violence. Ce dernier phénomène, quand il survient, est immédiatement suivi d'une inflammation intense. »

Une des causes les plus fréquentes de lésion des testicules est la compression à laquelle ils sont soumis lorsque, dans l'exercice du cheval, le cavalier est violemment projeté contre le pommeau de la selle. Nous devons encore citer certains jeux violents qui peuvent exposer à des chutes, l'action de soulever des fardeaux trop lourds, les fatigues excessives, les coups de pied, etc.; en un mot, toutes les violences extérieures.

Bérard cite encore comme causes l'interruption brusque de l'éjaculation, la pression d'un brayer sur le cordon spermatique.

Le Dr Soulé cite des cas d'orchite traumatique indirecte par suite de violence sur le cordon. Dans ce cas, l'inflammation se propagerait au testicule par voie de continuité.

Quelquefois la moindre violence, le coup le plus léger, ont pu déterminer des orchites traumatiques. Les observations d'inflammation du testicule à la suite d'un bandage mal fait sont très-nombreuses.

Dans son *Traité d'anatomie pathologique générale*, Cruveilhier s'exprime en ces termes à propos des atrophies testiculaires postérieures à la naissance : « La compression est de toutes les causes la plus fréquente. Toute compression directe exercée sur le testicule ou sur le cordon spermatique a pour conséquence l'atrophie testiculaire. Ainsi la pelote d'un brayer trop dur, mal appliqué, qui gêne la circulation des vaisseaux spermatiques ; ainsi, une forte contusion du testicule, peuvent entraîner son atrophie, soit par désorganisation primitive, soit par l'inflammation qui est la conséquence de la contusion. »

« On a beaucoup discuté, dit M. Richet, à l'effet de savoir si la contraction musculaire pouvait resserrer les anneaux fibreux et diminuer leur diamètre, de manière à gêner les organes qui y sont contenus naturellement ou accidentellement.

» On a cependant cherché à expliquer de cette manière comment, dans des efforts violents, la compression des veines testiculaires par les fibres qui constituent les ouvertures inguinales, peut aller jusqu'à déterminer un engorgement de la glande séminale, une orchite. »

M. Tillaux donne une opinion à peu près semblable :

« Les fibres du crémaster sont striées, et leur contraction détermine l'ascension brusque du testicule vers l'anneau....

» En voyant avec quelle vigueur se produit ce mouvement succédant à une faible excitation, il me paraît rationnel d'admettre que la variété d'orchite dite par effort provient de ce que le testicule a été fortement appliqué et contusionné contre le pubis, à la suite d'une contraction énergique du crémaster. »

Pour Velpeau, l'orchite serait produite par la compression du canal déférent et du cordon, par suite de la contraction brusque des muscles droits.

Quant au mécanisme de l'atrophie testiculaire, M. Cruveilhier s'exprime en ces termes :

« Dans l'atrophie des glandes par contusion, c'est la paroi propre de substance fondamentale qui disparaît de prime-abord, soit dans toute l'étendue du tube glandulaire, soit par plans ; l'épithélium ne disparaît que plus tard ; souvent, les cellules s'hypertrophient isolément, deviennent granuleuses ; dans certains cas, la cavité du tube glandulaire qui s'atrophie se remplit d'un contenu granuleux solide, qui persiste plus ou moins longtemps après

l'atrophie de la paroi. Je suis porté à croire que les tubes séminifères peuvent subir la même transformation. »

MM. Cornil et Ranvier s'expriment ainsi :

« Il est probable, disent-ils, que le testicule dans l'orchite traumatique présente une inflammation œdémateuse de son tissu conjonctif avec toutes les conséquences de cet état, c'est-à-dire l'irritation des cellules du tissu conjonctif et l'inflammation de ses canaux lymphatiques. »

Pour nous, rapprochant les phénomènes qui se passent dans l'orchite traumatique de ceux qui précèdent les lésions des glandes connues sous le nom de cirrhose, nous serions tenté d'admettre qu'après l'irritation du tissu cellulaire qui entoure les tubes, l'œdème de ce tissu, la prolifération des éléments, phénomènes qui apparaissent peu de temps après le traumatisme, les lésions entrent dans la phase d'organisation fibreuse : transformation des cellules nouvelles en tissu fibreux, épaississement des tubes irrités, au point de diminuer très-considérablement leur calibre, et enfin rétraction de tous ces produits conduisant à l'atrophie de l'organe. Dès lors, la sclérose envahit tout le parenchyme, et la glande finit par disparaître sous le retrait de cette gangue interstitielle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer au premier chapitre, l'anatomie pathologique de l'orchite traumatique a été très-peu étudiée. Nous avons dit qu'il fallait chercher la cause de cette lacune dans la rareté des autopsies. Dans ces derniers temps cependant, en provoquant des orchites chez des animaux, on a pu suivre le développement des lésions et surtout les transformations qui aboutissent à l'atrophie d'une partie ou de la totalité de la glande. Malheureusement, les observations sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse considérer comme définitivement établis les résultats de ces recherches ; grâce, cependant, aux travaux de MM. Monod et Terrillon, de M. Rigal, de M. Coutan, cette question a fait de grands progrès. MM. Monod et Terrillon, M. Coutan, expérimentaient sur des chiens ; M. Rigal, sur des rats. Sans entrer dans les détails des expériences, nous dirons simplement que MM. Monod et Terrillon ont provoqué des contusions d'intensités diverses, qu'ils divisaient, suivant la gravité des lésions, en contusions du 1er, 2^{me} ou 3^{me} degré ; tandis que M. Rigal ne s'est occupé que des contusions amenant la rupture de l'albuginée. Ces expérimentateurs faisaient ensuite l'examen microscopique des lésions observées à des époques très-variées.

La contusion du testicule, lorsqu'elle est légère, peut ne donner lieu qu'à un phénomène clinique, la douleur, et ne produire qu'un désordre passager, méconnaissable à l'œil nu comme au microscope.

Nous négligerons cette variété de contusion et nous n'étudierons que les cas où le traumatisme est assez violent pour déterminer des lésions constantes, appréciables à nos moyens d'investigation.

A l'exemple de MM. Monod et Terrillon, nous distinguerons trois degrés dans la contusion du testicule. Cette contusion peut produire, en effet, des lésions variant d'étendue et de profondeur, suivant la violence du traumatisme, la position de l'organe, sa résistance, etc., etc. C'est sur le plus ou moins de gravité de ces lésions que nous avons basé notre division.

« Elle ne correspond pas absolument à la réalité des faits, en ce sens que la délimitation des lésions n'est véritablement pas aussi tranchée qu'elle le paraîtra dans les lignes suivantes. Elle est cependant suffisamment justifiée et par l'étude anatomique des lésions produites et surtout par l'observation clinique, pour que l'on soit autorisé à s'y conformer. » (Monod et Terrillon.)

Nous étudierons donc successivement ces trois degrés de contusion du testicule et de l'épididyme.

Premier degré. — Les désordres immédiats produits par une contusion du 1er degré sont :

Du côté du testicule, des hémorrhagies capillaires plus ou moins nombreuses disséminées dans l'organe et ayant leur siège anatomique dans les travées minces de tissu conjonctif qui séparent les tubes séminifères. Ceux-ci sont conservés sains avec tous leurs caractères. On n'y observe pas de ruptures, mais un simple déplacement qui les a

portés les uns sur les autres et a provoqué ainsi la rupture des vaisseaux fins qui rampent à leur surface; ces vaisseaux n'offrent d'autres lésions que la présence de petits caillots hémorrhagiques au niveau des ruptures.

L'épididyme présente des lésions un peu plus graves. Ici les tubes sont légèrement altérés. L'épithélium est détaché par places ; cela tient, sans doute, à ce que le tissu conjonctif qui soude les tubes entre eux est plus dense que dans la glande.

Suivons maintenant ces diverses lésions dans leur évolution, et voyons quelles seront les conséquences de ces désordres. Quelques jours après le traumatisme, on observe l'irritation du tissu cellulaire qui entoure les tubes, un œdème de ce tissu, une augmentation des globules blancs dans les espaces lymphatiques et une vascularisation plus abondante. Les tubes subissent également quelques modifications : leurs parois s'épaississent, les cellules intra-tubulaires deviennent troubles, et entre elles apparaissent de petits globes réfringents, indice d'un travail d'irritation.

Ces petits globes sont tous d'égal volume ; quelques-uns peuvent apparaître 7 à 8 heures après le traumatisme. Plus tard, l'intérieur des tubes est presque complètement rempli par ces éléments ronds devenus beaucoup plus réfringents. On observe également alors l'écartement des tubes ; cet écartement ressort, d'après M. Rigal, du plus grand espace qui sépare chaque conduit de l'épaississement de la paroi, qui va s'accusant davantage, et de la diminution du calibre des tubes.

A une époque plus avancée, apparaît la phase d'organisation fibreuse ; les cellules nouvelles subissent la transformation fibreuse, les tubes sont épaissis et leur calibre manifestement diminué. On ne voit plus qu'une masse compacte au milieu de laquelle se trouvent de distance en

distance, mais très-inégalement répartis, des cercles réfringents. La rétraction de tous ces produits amène l'atrophie plus ou moins complète de l'organe, suivant l'étendue des désordres.

Du côté de l'épididyme, il y a prolitération des éléments cellulaires du tissu conjonctif interstitiel, ce qui produit une augmentation considérable de l'épididyme, qui plus tard reprend son volume normal.

Deuxième degré. — Les désordres primitifs ont plus d'étendue ici que dans le cas précédent. Au lieu des ruptures capillaires et des hémorrhagies peu abondantes du 1er degré, nous trouvons ici de véritables foyers donnant naissance à de petits amas de la grosseur d'un pois ou même plus volumineux, où on trouve des débris de tubes dilacérés mêlés à de nombreux globules rouges. Plus tard, on observe des phénomènes réactionnels plus accentués que dans le degré précédent. Les abcès, la suppuration non-seulement du testicule, mais aussi de l'épididyme, ne sont pas une terminaison bien rare, surtout chez les vieillards et les gens affaiblis.

Troisième degré. — Au lieu d'une simple contusion, nous avons affaire ici à un véritable écrasement de la glande avec rupture plus ou moins considérable de l'albuginée. Dans tous les cas, nous trouvons une hémorrhagie abondante qui remplit la vaginale. Elle est due à la rupture des gros vaisseaux de l'albuginée.

Les désordres consécutifs de ces lésions ont été étudiés par M. Rigal qui, pour arriver à connaître la marche du processus, a fait ses examens à des époques variées. « Je pense, dit-il, que l'on peut considérer comme accomplie au bout de cent jours l'évolution atrophique du testicule chez

le rat. Cet intervalle de temps offre trois stades principaux : c'est vers le 5me, le 12me et le 40me jour que nous trouvons des lésions suffisamment nettes pour être l'objet d'une description particulière.

Voici les résultats des recherches microscopiques de M. Rigal :

« 1er *Stade* (1er-5me jour). — 1° *Examen d'ensemble.* — Sur une coupe d'ensemble étudiée durant le 1er stade, on constate à première vue et à un faible grossissement :

a Diminution du calibre des tubes ;
b Disparition de leur lumière centrale ;
c Epaississement des travées ;
d Foyers hémorrhagiques disséminés ou en nappe.

2° *Examen à un fort grossissement.* — *A*. D'une façon générale les canalicules sont nettement limités par le contour de la paroi, qui semble épaissie. A sa face interne se voient les cellules endothéliales conjonctives, qui la tapissent, et dont les noyaux sont fortement accusés par le picrocarminate ; cette même paroi, en certains points, est revenue sur elle-même et demeure plissée ; son calibre est rétréci d'un quart.

B. Epithélium. — On voit quelques tubes conservés sains avec tous leurs caractères. Chez d'autres, l'ordre de superposition normale des couches épithéliales est détruit, la double rangée de cellules est désorganisée ; les filaments spermatiques sont rompus, en désagrégation moléculaire ; l'axe du tube est envahi par des éléments ronds, tous d'égal diamètre. Ces lésions sont déjà manifestes, mais sur quelques tubes seulement, 7 heures après le traumatisme.

Par dissociation, on remarque que ces éléments, de forme ronde ou ovoïde, ont un diamètre de 9 à 10 μ. Leur noyau, peu apparent, malgré l'addition d'acide acétique, est entouré d'une zone granuleuse ; quelques-uns en ont deux.

On constate en outre dans l'intérieur des tubes, principalement entre la paroi et l'épithélium, certains éléments de volume variable et fortement colorés par le carmin ; ils existent à l'état de fines granulations et, par les intermédiaires, peuvent aller jusqu'à constituer de gros blocs ovoïdes de 20 à 25 μ. Par anticipation, je puis dire qu'on les retrouve avec les mêmes caractères dans le tissu interstitiel, où ils forment des traînées entourant la paroi.

Tissu interstitiel. — Les travées sont épaissies et comblent les espaces laissés par le plissement des tubes ; elles sont constituées par de fines trabécules dissociées, dans l'intervalle desquelles se trouve une grande quantité de matière granuleuse, des globules blancs, des globules rouges en voie de destruction et parfois un reticulum fibrineux.

Les traînées des cellules interstitielles, dont on connaît la disposition régulière au voisinage et le long des vaisseaux, n'ont plus la même disposition anatomique : leur assemblage est bouleversé, et l'on constate qu'elles sont devenues granuleuses et tuméfiées.

Les vaisseaux n'offrent d'autres lésions appréciables que les ruptures au voisinage desquelles se trouvent des caillots hémorrhagiques. Ces caillots sont disséminés et forment des îlots de matière amorphe rouge ; sous la vaginale, on voit des nappes cruoriques se diffuser dans les espaces interstitiels, n'offrant rien de particulier.

L'état des lymphatiques est remarquable dans les points qui sont épargnés par l'accumulation d'une matière gra-

nuleuse et réfringente, analogue à celle qui remplit les larges vacuoles comprises dans les interstices des travées connectives.....

2me *Stade* (5me-12me jour). — 1° *Examen d'ensemble.* — A cette époque, les lésions précédemment décrites se sont accentuées; en outre de leur diminution de calibre, l'écartement des tubes est plus manifeste. Cet écartement ressort du plus grand espace qui sépare chaque conduit, de l'épaississement de la paroi, qui va s'accusant davantage, et de la diminution du calibre des tubes.

2° *A un fort grossissement et dans les détails.* — *Examen des tubes.*

A. Paroi. — Il est facile de constater que la paroi propre est extérieurement doublée d'éléments fusiformes (tissu conjonctif de nouvelle formation). On voit tout autour de la paroi primitive tous les éléments formant des couches successives de revêtement.

B. Epithélium. — L'intérieur des tubes est complètement rempli par ces mêmes éléments ronds; ils sont devenus beaucoup plus réfringents ; le picrocarminate demeure sans action sur eux. Sur des tubes à un état plus avancé, c'est à peine si on distingue le contour de ces éléments. Ces différents états se retrouvent de la paroi au centre du canalicule, où l'on ne voit plus qu'une masse granuleuse plus ou moins homogène.

A cette période, les blocs carminés ont disparu ; les préparations n'en fournissent plus trace.

Tissu interstitiel. — A la périphérie des tubes, le tissu interstitiel est rempli d'une matière granuleuse, réfrin-

gente, très-disséminée par places, conglomérée en certains points, mais sans aucune apparence de structure. Ce n'est qu'au pourtour des tubes qu'on constate les premières ébauches d'organisation. On voit le tissu de nouvelle formation enveloppant les tubes par couches successives, finir par combler les espaces laissés libres et remplis jusque-là de matière granuleuse. Il devient impossible de constater la juxtaposition des parois de nouvelle formation, aussi bien sur les coupes transversales que sur les longitudinales.

Les cellules interstitielles, dont le noyau et le nucléole sont nets, offrent à leur intérieur un piqueté noir ; les vaisseaux ne sont visibles que dans les points où la lésion n'est pas trop avancée, et sur les coupes transversales ils montrent le gonflement de leurs cellules et de leurs noyaux. Les espaces sont en outre remplis d'éléments chargés de granulations rougeâtres.

3me stade. — (12e-40e jour.). — C. *Au microscope.* — 1° *Examen d'ensemble.* — A cette époque, le calibre des tubes est encore plus rétréci. On ne voit plus qu'une masse compacte au milieu de laquelle se trouvent, de distance en distance, mais très-inégalement répartis, des cercles réfringents.

2° *A un fort grossissement.* — La paroi est constituée par une série de couches de cellules fusiformes. Les cercles entourant, à chaque tube, se rencontrent dans les espaces interstitiels, de telle sorte que le stroma conjonctif est définitivement constitué et forme une masse compacte qui agit par son retrait et sa luxuriante production sur le calibre des tubes.

Epithélium. — A l'intérieur, le contenu est finement granuleux ; il ne reste plus trace d'éléments. On constate en outre que la matière granulo-graisseuse des tubes a sub une nouvelle transformation. Elle montre par place des blocs réfringents de forme et de volume très-variables. Certains tubes sont presque uniquement constitués par cette substance, qui peut se casser, se fragmenter, et qui se colore en jaune par le picrocarminate. On peut, à cette période, assister à la disparition complète des tubes séminifères, car on retrouve sur les préparations de petits cercles au centre desquels on trouve une petite lumière, dernier vestige d'un canal qui va s'oblitérer.

Tissu interstitiel. — « Tout tissu interstitiel intermédiaire est constitué uniquement par du tissu fibreux. Ce tissu de nouvelle formation s'est fortement rétracté et ne laisse que peu d'espace entre les conduits. Dans les points où la lésion semble avoir atteint son apogée, on ne retrouve plus trace des éléments, ni des tissus normalement contenus dans les travées. »

Le fait capital dans toutes ces formes est, nous le voyons, la production entre les tubes séminifères d'un tissu conjonctif nouveau, capable de les enserrer dans une gangue scléreuse, et par conséquent rétractile, et l'oblitération de ces tubes.

A la coupe, le parenchyme présente une décoloration générale et forme une masse d'aspect uniforme. Les tubes séminifères se rompent sous la moindre traction.

Examinons maintenant quels sont les signes cliniques qui correspondent aux diverses lésions anatomiques que nous venons d'étudier.

SYMPTOMATOLOGIE

Le premier effet de la contusion est une douleur excessivement vive, s'irradiant dans l'aine et dans la région lombaire et obligeant le malade à se plier en avant et à porter ses mains aux bourses pour les protéger et les soutenir. La face est pâle, la respiration haletante ; il y a des sueurs froides, des nausées, des vomissements, un malaise extrême. Enfin, la syncope se produit souvent ; elle a quelquefois lieu dans des cas de contusion même légère. D'après Kocher, il y a alors une véritable *commotion testiculaire*, s'accompagnant de symptômes analogues aux blessures des viscères abdominaux. Curling rapporte, en effet, une observation de Schlesier relatant un cas de mort subite après un tiraillement très-violent du scrotum et du testicule. A l'autopsie, on ne trouva comme lésion que la rupture des artères et des veines spermatiques.

Dans un cas de Fischer (cité par Kocher), les testicules ayant été broyés par les dents d'un cheval, la mort arriva quelques heures après.

Au toucher, le testicule est mou. Il se produit quelquefois un épanchement de sang dans l'intérieur de l'organe; on a alors une hématocèle du testicule ; l'infiltration sanguine des bourses empêche, au début, de reconnaître la lésion de la glande. Si l'épanchement est peu abondant, le

sang infiltré se résorbe, et l'on peut constater alors une augmentation de volume du testicule, dont la surface présente des inégalités et des bosselures.

Dans les cas de traumatisme plus violent, les lésions ne sont plus les mêmes. « Si l'on ouvre l'abdomen, dit M. Rigal, on aperçoit, quelques heures après la contusion, le testicule plus ou moins revenu sur lui-même, très-foncé par place ou dans sa totalité. Les conduits séminifères, facilement reconnaissables, sont épanchés près de lui et demeurent en continuité avec ceux que retient l'albuginée, de l'intérieur de laquelle ils semblent sortis par expression.

» Cette membrane est plissée au niveau de sa rupture, qui siége le plus ordinairement dans le tiers supérieur. Le testicule, entouré de quelques caillots plus ou moins diffus, s'enlève facilement, laissant voir à la suite quelque tractus filamenteux. L'aspect noirâtre plus ou moins accentué du testicule, dont on ne voit plus que difficilement les sinuosités des conduits séminifères, tranche d'une façon notable sur l'aspect de l'épididyme qui demeure normal, et dont on suit de l'œil les contours des tubes. Cet état ne se modifie qu'après le premier septénaire, durant la deuxième phase évolutive. »

La contusion peut porter soit sur l'épididyme soit sur le testicule. L'orchite consécutive atteint donc l'un ou l'autre de ces organes et y détermine un certain degré d'inflammation. Les douleurs deviennent alors excruciantes, intolérables ; elles s'irradient dans le pli de l'aine, les lombes, le long des cuisses ; la fièvre se montre avec des symptômes généraux assez prononcés. On constate un gonflement assez considérable de l'épididyme ou des testicules, et quelquefois des deux organes en même temps.

Si l'inflammation atteint l'épididyme, les douleurs se cal-

ment petit à petit, l'épanchement de la vaginale se résorbe, l'épididyme diminue de volume et devient rapidement indolent.

La palpation révèle facilement l'existence d'une nodosité dure occupant la queue de l'organe. « On peut suivre nettement les contours de l'anse formée par la réflexion de la queue de l'épididyme. On sent avec la plus grande facilité la dépression de cette anse circonscrite.» (Reclus.) La tuméfaction de l'épididyme est rénitente et élastique et ne présente pas de bosselures.

Bien que la douleur se calme le plus souvent avec rapidité, dans certains cas l'épididyme est le siège d'une sensibilité anormale qui persiste, alors même que l'inflammation aiguë a disparu. Le malade ne peut marcher sans ressentir dans les testicules et dans le cordon des élancements pénibles ; la station debout et prolongée provoque chez lui des douleurs continuelles. « Cette douleur est une sensibilité anormale qui persiste longtemps après que les phénomènes anatomiques de l'inflammation sont passés, sans que la chose puisse être expliquée. » (Gosselin, Clin. de la Charité.)

La tumeur formée par le testicule est moins volumineuse que celle de l'épididyme ; la glande a perdu sa consistance habituelle, elle est dure, inégale, bosselée ; à côté de noyaux et de plaques dures, on trouve des espaces plus souples, plus dépressibles. La tunique vaginale renferme très-peu de sérosité et souvent on n'en trouve pas du tout.

La suppuration peut être quelquefois la terminaison de ces lésions. Il se forme alors un véritable phlegmon avec tous ses caractères, et l'abcès en est la conséquence ultime.

Une terminaison beaucoup plus fréquente, et dont nous nous occupons spécialement dans notre ouvrage, est l'atrophie. Si elle est unilatérale et assez considérable, elle

est facile à constater par comparaison. Mais, dans les cas d'atrophie double et peu accentuée, il est difficile de se prononcer. Curling donne comme poids ordinaire du testicule chez l'adulte, 18 à 20 gr. « A la suite de phthisies très-prolongées, dit-il, et d'autres affections qui avaient entraîné le marasme, je n'ai jamais trouvé moins de 10 gr. Je considérerai donc comme atrophié tout testicule d'adulte dont le poids sera inférieur à 10 gr. »

La perte de poids de l'organe peut être du tiers et quelquefois de la moitié du poids primitif.

La glande a alors perdu sa consistance ; elle est molle et dépressible : il est chaque jour plus facile d'en limiter les contours, et on peut, par comparaison, apprécier la différence de volume de l'organe sain de celui qui est contus.

Plus tard, le testicule donne la sensation d'un petit noyau dur, parfaitement limité ; son retrait est alors définitif et il ne subit plus de modification.

Très-rarement l'épididyme s'atrophie aussi vite que la glande ; quelquefois, cependant, on le trouve réduit à une masse fibreuse. Les parties constituantes du cordon, le crémaster, le canal déférent, sont aussi atrophiés. Le canal déférent reste cependant perméable dans la plupart des cas.

En résumé, nous trouvons donc la douleur, l'hémorrhagie scrotale et la flaccidité de l'organe comme phénomènes primordiaux, et comme phénomènes ultimes la dureté et l'atrophie définitive.

DIAGNOSTIC

Nous distinguerons d'abord l'orchite traumatique du phlegmon et de l'érysipèle, maladies avec lesquelles on pourrait la confondre ; nous étudierons en second lieu les causes d'erreur provenant d'une anomalie du testicule, et nous ferons enfin le diagnostic des diverses orchites entre elles.

Dans le phlegmon, nous retrouvons, il est vrai, les signes de toute inflammation : tuméfaction dure et rénitente, température relativement élevée des parties malades et, enfin, douleur très-vive consistant en élancements ou battements ; mais les symptômes généraux manquent absolument ou sont peu accentués.

Dans l'érysipèle, au contraire, les symptômes généraux sont assez intenses : ce sont des frissons, des nausées, des vomissements, de la céphalalgie, de la fièvre. La température commence à monter dès que le frisson apparaît, elle continue dès qu'il a cessé, et en peu d'heure, elle atteint 40° et même 41°.

Comme symptômes locaux, nous observons le gonflement douloureux des ganglions ; la peau envahie par l'érysipèle prend une teinte d'un rouge vif ; cette rougeur disparaît par la pression, et ses limites se dessinent par un relief appréciable à la vue.

Nous voyons donc que le phlegmon se distingue de l'orchite traumatique par l'absence de phénomènes généraux. Si ces phénomènes se retrouvent dans l'érysipèle, nous avons en plus ici l'engorgement ganglionnaire, la rougeur vive et nettement limitée et, enfin, la température très-élevée.

Du reste, dès que l'exploration du testicule est possible, le diagnostic est vite éclairé par la sensation, dans les cas d'orchite traumatique, d'une glande inégale et bosselée. Il est encore plus facile s'il y a épididymite.

Nous devons dire un mot des causes d'erreur provenant d'une anomalie du testicule. La plus fréquente est l'inversion de l'épididyme, qui est presque toujours antérieure. Dans ce cas, l'inflammation de l'épididyme affecte une disposition inverse. Une exploration méthodique permet de reconnaître l'anomalie. Si le testicule est retenu dans l'abdomen ou dans le canal inguinal, son inflammation peut amener rapidement la mort en donnant lieu à une péritonite. « Ici, dit Jaccoud, il suffit de constater l'existence de l'ectopie pour expliquer les accidents. Disons tout de suite qu'alors même que le testicule est descendu dans les bourses, on a observé plusieurs cas de péritonite, l'inflammation se propageant directement du canal déférent au péritoine, comme elle se propage de l'épididyme à la vaginale. Il est évident que, dans ces cas, le diagnostic de la cause de cette péritonite ne pourra être établi que par l'exploration digitale du col des vésicules séminales et du canal déférent. »

L'ectopie inguinale peut coïncider avec une hernie ; dans ce cas, l'inflammation du testicule se présente avec des phénomènes d'étranglement qui cèdent à une médication antiphlogistique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES ORCHITES ENTRE ELLES

Orchite syphilitique. — Ce qui caractérise d'emblée l'orchite syphilitique, c'est qu'elle est essentiellement indolente et qu'elle évolue lentement. Le malade lui-même ne s'aperçoit de la lésion qu'à une période avancée de l'évolution de la maladie. Cette orchite n'arrive jamais à suppuration ; abandonnée à elle-même, elle produit l'atrophie du testicule; mais, traitée à temps par l'iodure de potassium, elle guérit, dans la grande majorité des cas. La lésion frappe surtout le testicule ; l'épididyme est en général respecté. Elle a une tendance à envahir les deux testicules, mais jamais simultanément : le second n'est atteint que longtemps après le premier.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous ne voyons plus, dans ce cas, ce qui caractérise essentiellement l'orchite traumatique, c'est-à-dire la perte des tubes sécréteurs du sperme, entraînant la stérilité; nous trouvons, en premier lieu, une prolifération conjonctive de l'albuginée, en second lieu, la transformation fibreuse de cette hyperplasie conjonctive, et enfin la résorption progressive du tissu sclérosé qui amène l'atrophie du testicule.

Orchite blennorrhagique. — L'inflammation du testicule se montre fréquemment dans le cours d'une blennorrhagie (d'après Fournier, une fois sur huit ou neuf blennorrhagies); mais, tandis que dans l'orchite syphilitique la lésion porte sur le testicule, ici c'est l'épididyme qui est

généralement atteint. Il devient volumineux, irrégulier ; des produits inflammatoires de toute nature, leucocytes, globules granuleux d'inflammation, granulations graisseuses, et même globules de pus, oblitèrent ses canaux, ce qui peut, quand l'orchite est double, amener l'infécondité.

L'orchite blennorrhagique récidive très-souvent ; chez certains tempéraments plus particulièrement prédisposés, la moindre imprudence amène des rechutes. L'épididymite est très-longue à guérir, quelquefois même la queue de l'épididyme reste dure et bosselée indéfiniment; dans tous les cas, la suppuration et l'atrophie sont très-rares.

Orchite tuberculeuse. — Il n'y a plus ici une simple inflammation, une affection purement locale ; le tubercule du testicule est une des manifestations de la tuberculose, et l'on peut conclure d'un testicule tuberculeux à une généralisation ultérieure de la diathèse.

Dans l'orchite tuberculeuse, on trouve le testicule et l'épididyme parsemés de bosselures dues à la présence de dépôts caséeux, dont les uns sont encore durs, les autres ramollis, purulents, et donnant lieu à des fistules. L'épididyme est le plus souvent atteint ; cependant, les vésicules séminales, la prostate, la vessie et les reins sont si souvent atteints, qu'on a souvent décrit ces lésions sous le nom de tuberculose génito-urinaire.

Dans quelques cas, la masse caséeuse s'élimine complètement, les fistules se ferment ; mais souvent, surtout si le malade est débilité, les fistules sont intarissables et le malade meurt épuisé par la fièvre hectique et le développement de tubercules dans d'autres organes.

Orchite varioleuse. — Ce genre d'orchite, qui accompagne quelquefois la variole, frappe plus fréquemment la

tunique vaginale que le testicule et l'épididyme. Elle est souvent double et se termine spontanément vers le vingtième jour.

Orchite des oreillons. — Il n'est pas rare de voir survenir une orchite dans le cours des oreillons. C'est le résultat d'une métastase, c'est-à-dire du changement de la maladie d'un organe sur un autre. Le testicule peut doubler ou tripler de volume dans l'espace de deux ou trois jours; la lésion porte surtout sur le testicule et la tunique vaginale, l'épididyme est rarement atteint. Cette orchite est le plus souvent unilatérale et disparaît en général au bout de quelques jours par le repos et les cataplasmes.

Orchites consécutives aux opérations pratiquées sur les voies urinaires. — Ces orchites et épididymites n'offrent rien de particulier; elles rentrent dans le cadre des orchites blennorrhagiques.

D'après ce que nous venons de dire, nous voyons que chaque orchite se présente à nous avec un cachet spécial; la cause (traumatisme, syphilis, blennorrhagie, etc.), l'évolution, nous permettront de les distinguer entre elles.

PRONOSTIC

L'atrophie est la terminaison la plus habituelle de l'orchite traumatique. Nous avons signalé la suppuration comme pouvant en être quelquefois la conséquence, surtout chez les vieillards et les gens débilités; nous avons remarqué également que dans certains cas des contusions légères donnent lieu simplement à des phénomènes cliniques, sans jamais aboutir à l'atrophie de l'organe séminal. Quelquefois, au contraire, alors même qu'elle ne provoque pas d'inflammation aiguë, la contusion peut conduire à l'atrophie.

C'est surtout à l'époque de l'adolescence que se manifeste l'orchite atrophiante ; aussi peut-on se demander si l'orchite des adolescents n'a pas une tendance plus grande à l'atrophie que celle des adultes.

Les lésions portent principalement sur le testicule. L'épididyme est rarement atteint; il s'enflamme quelquefois, cependant : on voit alors la douleur se calmer graduellement; l'épanchement de la vaginale disparaît le plus souvent ; l'organe diminue de volume, mais pas complètement; il est le plus souvent indolent, et, par la palpation, on trouve facilement une nodosité dure occupant la queue de l'épididyme.

Quelquefois, néanmoins, la douleur persiste longtemps

après que l'inflammation aiguë a disparu. La marche devient alors pénible pour le malade et la station verticale prolongée presque impossible.

Etudions maintenant les conséquences de l'atrophie elle-même. Nous avons vu qu'elle était anatomiquement caractérisée par la perte des tubes séminifères. Elle entraîne donc, lorsqu'elle est double, la stérilité, qui sera bientôt accompagnée d'impuissance.

Dans les cas cependant où les lésions ne sont point assez étendues pour produire l'atrophie complète de l'organe, le sperme est, il est vrai, plus ou moins altéré, mais les désirs et les érections n'en persistent pas moins. Ils ne disparaissent, d'après Fournier, qu'avec l'atrophie complète des testicules.

Sous l'influence de l'atrophie testiculaire, les caractères généraux de l'individu se modifient ; il s'efféminе d'autant plus qu'il est moins âgé. Si l'atrophie survient chez un adulte, ces modifications sont très-peu marquées. L'enfant ou l'adolescent présenteront au contraire tous les attributs du féminisme qu'on trouve chez les gens atteints d'atrophie congénitale (voix très-élevée, embonpoint, peau fine et blanche, absence de barbe, etc.).

TRAITEMENT

Au début de la maladie, si l'inflammation se présente avec ses caractères ordinaires, sans offrir une violence excessive, ou une rapidité trop considérable, on aura d'abord recours aux émollients. Parmi eux, les cataplasmes, simples ou laudanisés, de farine de lin, soutenus au moyen de bandages appropriés (mouchoir de Curling, etc., etc.), les bains tièdes prolongés, les lavements non pas laudanisés (ce serait favoriser la constipation), mais belladonés, nous paraissent surtout devoir être choisis par le praticien.

Mais il est des cas, et c'est le plus grand nombre, où il faut négliger cette médication quasi-anodine, pour passer bien vite à des moyens plus énergiques : les antiphlogistiques locaux et généraux.

En première ligne, il faut rechercher la position élevée de la partie malade ; c'est là un précepte que l'on ne doit jamais négliger de mettre en pratique. A cet effet, on soutient les bourses par une pièce de carton ayant les dimensions d'un calendrier ordinaire échancré sur l'un des côtés, et prenant son point d'appui sur les cuisses.

Puis viennent les applications de glace, et enfin les applications de sangsues.

La glace a, ici comme ailleurs, donné d'excellents ré-

sultats ; mais elle peut être contre-indiquée dans certains cas : c'est ainsi qu'on lui a vu produire la gangrène des bourses chez certains sujets ; et pendant l'hiver elle peut produire des refroidissements que l'on doit chercher à éviter.

Les applications de sangsues sur le trajet du cordon trouvent bien souvent une formelle indication ; c'est là un moyen excellent qui peut être un antiphlogistique local et même général, au gré du chirurgien.

Ainsi, en variant soit le nombre des sangsues à appliquer, soit la durée de l'écoulement sanguin, on peut obtenir des effets plus ou moins énergiques, ceux d'un antiphlogistique local par exemple ou ceux d'une saignée générale.

Mais cet excellent moyen, dont l'énergie peut être très grande, est parfois absolument inapplicable. Si, en effet, on doit immédiatement l'employer quand le malade est d'un tempérament sanguin, pléthorique, que l'inflammation se présente avec une marche aiguë, rapide, et une violence inaccoutumée, il est des cas au contraire où l'anémie du sujet, la misère physiologique, l'hémophilie, etc., ne permettront pas au praticien d'y avoir recours.

Il en sera de même *à fortiori* pour les antiphlogistiques généraux proprement dits, tels que la saignée générale, pratiquée à la veine basilique, ou encore la phlébotomie des veines du cordon. Ce sont là des méthodes employées autrefois, mais à peu près abandonnées aujourd'hui.

Quant aux médicaments administrés à l'intérieur comme antiphlogistiques, un seul mérite une mention particulière : c'est le tartre stibié. Curling a grandement préconisé cette méthode ; il a, dit-il, arrêté une orchite en 30 heures en entretenant continuellement des nausées chez le malade sous l'influence du tartre stibié. On ne peut pas nier qu'il n'y ait là un résultat remarquable ; mais on voit combien

peu pratique est ce moyen, qui met le malade à la torture, on peut le dire, pendant un temps indéterminé.

Restent maintenant les moyens chirurgicaux, consistant en mouchetures sur le scrotum préconisées par Velpeau, et le débridement de l'albuginée employé par Vidal (de Cassis). Les mouchetures du scrotum sont employées surtout dans les cas d'épanchement dans la tunique vaginale.

Vidal (de Cassis) a peut-être trop loué la méthode consistant à débrider l'albuginée dans les cas où, l'inflammation étant localisée dans le parenchyme testiculaire, on doit craindre une trop forte compression. L'expérience a démontré que ce moyen favorisait la purulence au plus haut degré.

Lorsque, par les divers moyens que nous venons de signaler, on n'a pas pu s'opposer à la purulence, le chirurgien doit, par une incision aussi peu profonde que possible, donner issue au pus et se bien garder d'exercer de fortes pressions sur l'organe malade. Il est aisé de voir les raisons qui commandent une pareille conduite.

Mais si l'inflammation n'arrive pas à cette période ultime, grâce au traitement déjà exposé; si elle tend au contraire à la résorption, on doit hâter cette marche par l'emploi des résolutifs.

La compression est, de tous, le plus énergique.

Les bandelettes de diachylon (Fricke), le collodion (Bonnafont), la bande sèche (Seutin), le sac en caoutchouc de Hutchinson, ont été tour à tour préconisés et puis rejetés.

L'appareil le plus employé aujourd'hui est le bandage de Langlebert (Lyon, 1876). Expérimenté et modifié par le Dr Horand (Antiquaille), il a été de nouveau heureusement perfectionné par M. le professeur-agrégé Tédenat; c'est par lui que nous l'avons vu souvent employer à l'hôpital

St-Eloi. Nous en avons nous-même retiré d'excellents résultats, ainsi qu'on le verra dans une de nos observations personnelles que nous citons plus loin.

Compression méthodique et uniforme, élévation et immobilisation des organes, sudation abondante : tels sont les divers avantages offerts par cet appareil ouato-caoutchouté.

Ses effets sont les suivants : diminution rapide de la douleur, sédation immédiate.

Viennent, enfin, les résolutifs médicamenteux, les pommades dites fondantes (iodure de plomb, onguent mercuriel simple ou belladoné), que l'on peut associer, selon la pratique de M. le professeur-agrégé Gayraud, au bandage précédent.

On n'oubliera pas l'usage des purgatifs, qui entretiendront la liberté du ventre. A cet effet, on mettra aussi à profit les lavements belladonés déjà signalés.

OBSERVATIONS

Observation Ire

Contusion de la région scrotale. — Inflammation d'un testicule et de son épididyme, suivie de l'atrophie de ces organes. — Observation de A. Cooper (1).

M. S..., à l'âge de 19 ans, se froissa les testicules sur le pommeau de la selle. Le soir du même jour, onze heures après l'accident, il fut pris de douleurs déchirantes dans un testicule, qui, dans l'espace d'une semaine, se tuméfia au point d'atteindre un volume considérable. Alors l'inflammation et le gonflement commencèrent à céder ; mais la diminution de l'organe ne s'arrêta pas à son volume naturel ; l'absorption persista jusqu'à la disparition complète de la glande. Le cordon spermatique était beaucoup plus petit du côté malade que de l'autre ; le canal déférent pouvait être reconnu, mais il était beaucoup plus grêle qu'à l'état normal ; on percevait une petite portion de l'épididyme, mais le testicule n'était pas plus gros qu'un pois gonflé par l'humidité ; il avait conservé de la sensibilité, mais à un bien moindre degré que du côté sain. La constitution de ce malade était scrofuleuse, car il avait des engorgements indolents des glandes du cou. Ses facultés viriles, d'après son assertion, n'avaient point été diminuées par l'atrophie de son testicule.

(1) Astley Cooper, trad. Chassaignac et Richelot, obs. 377me, p. 432.

Observation II

Froissement des deux testicules. — Tuméfaction énorme des parties. — Atrophie survenue un mois après l'accident. — Observation de Dumont (1).

Un marin, en état d'ivresse, s'étant froissé les deux testicules sur le bord d'une chaloupe, sur laquelle il s'était élancé d'un lieu élevé, fut emporté à l'hôpital, privé de l'usage de ses sens (1827). Peu après son entrée, ses parties se tuméfièrent au point d'égaler la tête d'un enfant de six mois. L'inflammation fut combattue par des antiphlogistiques énergiques. Trois semaines après l'accident, les testicules étaient revenus à leur volume primitif, mais ils paraissaient céder à la pression sans que le malade accusât de la douleur. Huit jours plus tard, on s'aperçut que la diminution du volume continuait encore, de telle sorte qu'après trois semaines, l'un des testicules était réduit au volume d'une noisette et l'autre à celui d'un haricot. Le malade se sentait assez bien ; du reste, il n'éprouvait aucune douleur et sortit deux mois après son entrée à l'hôpital.

L'ayant rencontré environ un mois après, lorsque nous nous disposions à partir pour Paris, il nous dit qu'il avait eu occasion de voir des femmes; mais qu'il n'éprouvait plus les mêmes jouissances que par le passé ; que ce qu'il rendait par l'urètre dans l'éjaculation était un liquide poisseux, filant, semblable par sa consistance à une forte dissolution de gomme arabique, un peu teinté en jaune verdâtre. Nous jugeâmes, d'après son récit, que la liqueur séminale était viciée chez cet individu, ou qu'il ne rendait que l'humeur sécrétée par la glande prostate; dans l'une et dans l'autre hypothèse, nous fûmes portés à penser que la faculté reproductrice avait à jamais disparu pour lui.

(1) Dumont, thèse de 1830, p. 51.

Observation III

Atrophie du testicule gauche consécutive à une orchite traumatique accompagnée d'hydrocèle. — (Obs. de Casper) (1)

L'ouvrier B..., *âgé de 31 ans*, fort et bien portant, marié et père de cinq enfants, reçut, le 3 février, *un coup de pied avec un sabot dans la région inguinale gauche*. Il était resté quatre semaines à la Charité, et le journal de l'hôpital constatait qu'il avait souffert pendant plusieurs semaines d'une tuméfaction douloureuse du testicule et du canal déférent, du côté gauche, et d'un hydrocèle. Quatre semaines après il était complètement guéri.

Six mois plus tard, en pressant fortement sur le testicule gauche, on provoquait encore de la douleur. Le testicule était atrophié, le canal déférent n'était plus gonflé. Il n'y avait ni hydrocèle, ni hernie.

Observation IV

Contusion du testicule gauche. — Atrophie du testicule et de l'épididyme consécutive à une vive inflammation. — (Obs. de Gruveilhier) (2)

« J'ai été consulté, en juin 1848, par un jeune homme de vingt-huit ans, qui, dix ans auparavant, *à la suite d'une partie de barres*, avait éprouvé tout à coup une violente douleur au *testicule gauche*, et à la suite une vive inflammation qui avait exigé six semaines de repos au lit et des moyens antiphlogistiques.

» Le testicule gauche est tout à fait atrophié. Son volume n'est certainement pas plus considérable que celui d'une fève de marais.

(1) Casper, Médecine légale, trad. Germer-Baillière. T. I, p. 218.
(2) Cruveilhier, Anatomie pathologique générale. T. III, p. 252.

»On distingue parfaitement l'épididyme également atrophié, auquel adhère cette petite masse. Et cette atrophie était d'autant plus remarquable que le testicule droit était très-volumineux ; je ne crois pas exagérer en disant qu'il avait de dix à douze fois le volume du testicule atrophié ».

Observation V

Atrophie du testicule survenue à la suite d'un traumatisme : rapidité de l'atrophie. — Epididyme du volume normal. — Le malade meurt de phthisie. — Examen du testicule. — (Obs. de Reclus) (1).

Leguillois (Alphonse), âgé de 42 ans, tourneur, entré dans le service de M. Desnos, pour une bronchite suspecte. Au bout de peu de temps, le doute n'est plus permis, et des signes évidents de tuberculose surviennent dans le poumon.

A l'âge de 14 ans, en sautant sur un cheval, notre malade se fit une violente contusion ; il froissa son testicule droit. On constate très rapidement l'existence d'une tuméfaction énorme ; on applique des sangsues, puis des cataplasmes. Bientôt le gonflement et la douleur disparurent; mais la glande, au lieu de revenir simplement à son volume primitif, se met à diminuer et atteint rapidement le degré d'atrophie que nous pouvons constater à cette heure.

Le testicule gauche est sain : il est environ quatre fois plus volumineux que le droit. Ce dernier est gros comme une petite noisette; il est mou ; sa forme est singulièrement arrondie ; l'épididyme, qui semble normal, l'entoure dans les deux tiers environ de sa circonférence, en arrière.

La tuberculose était à marche rapide ; elle n'a pas tardé à enlever le malade. L'autopsie a été faite par nous ; en voici le résultat, du moins en ce qui concerne les testicules :

(1) Reclus, K. 1876, Obs. III, p. 182.

Le gauche est de volume normal, et nous n'y découvrons aucune lésion. Le droit est petit, comme nous l'avions constaté pendant la vie ; les deux feuillets de la séreuse vaginale glissent facilement l'un sur l'autre ; l'épididyme a le volume de l'épididyme du côté opposé. Il est perméable dans presque toute son étendue, et une injection mercurielle, faite à une pression de 30 centimètres, pénètre jusqu'au niveau de la tête. Il faudrait croire que l'épididyme n'a pas participé à l'inflammation.

Sur une section antéro-postérieure, on peut voir que le tissu du testicule n'a pas l'aspect normal : on n'aperçoit plus de lobules séparés par de minces travées fibreuses que parcourent les vaisseaux.

La substance est anémiée, à surface uniforme ; les tubes séminifères ne se dessinent plus que vaguement, et les vaisseaux sont bien moins nombreux.

Lorsqu'on pince le tissu en exerçant des tractions, on peut encore le déchirer et étirer quelques tubes, mais difficilement, et les tubes grêles et confondus avec le tissu conjonctif se rompent assez vite ; cependant ils se déroulent encore. Enfin, en certains points, existent de petites taches laiteuses et diffuses.

L'examen microscopique n'a pas été pratiqué.

Observation VI

Atrophie des deux testicules à la suite d'un traumatisme. — Les deux épididymes ont conservé leur volume normal. — (Obs. de Reclus) (1).

Quantin (Nicolas), âgé de 43 ans, entré dans le service de M. Labbé pour un hygroma aigu de la bourse prérotulienne gauche.

A 14 ans, dans une fête locale, il fut attaché sur un âne, et dut faire, malgré lui, une assez longue course.

Les bourses furent violemment contusionnées, et lorsqu'on le détacha la douleur était telle qu'il fallut le transporter chez lui. Il

(1) Reclus, Th. 1876. Obs. IV, p. 183.

survint un gonflement énorme des parties, accompagné de souffrances extrêmement vives, et le malade dut rester plus de trois mois au lit. Peu à peu cependant la douleur devint moins vive, la tuméfaction moins considérable ; les testicules revinrent à leur volume normal ; mais, au lieu de s'arrêter à ce point, l'atrophie commença, et, vers le quatrième mois, les deux glandes spermatiques étaient, nous dit le malade, telles que nous les trouvons maintenant.

Le testicule droit, le plus volumineux, n'est guère plus gros qu'une petite bille, et ne paraît mesurer que dix à douze millimètres dans son plus grand diamètre. Il est d'ailleurs assez régulièrement arrondi, uni, sans bosselures, et plutôt mou que résistant ; il est coiffé par l'épididyme, dont le volume l'emporte certainement sur celui du testicule proprement dit. Le tissu en est souple ; au demeurant il paraît normal.

Le testicule gauche est plus petit encore, tellement même qu'il est assez dificile de le trouver au milieu de l'épididyme et des veines du cordon et sous les téguments qui sont aussi développés qu'à l'état normal. La verge, du reste, est volumineuse. Au dire du malade, les érections sont fréquentes et suivies d'éjaculation. Il est marié et aurait eu quatorze enfants de sa femme.

Observation VII

Contusion du testicule gauche. — Atrophie de la glande. — Intégrité de l'épididyme. — Forme névralgique. (Observation recueillie par M. Coutan dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Gaujot, au Val-de-Grâce.)

Fauveau (Jean), âgé de 23 ans, soldat au 77e de ligne, est entré, le 16 avril 1880, dans le service de M. Gaujot.

Constitution bonne.

Antécédents héréditaires. — Le père de ce malade, âgé de 59 ans, d'après les renseignements qui nous sont donnés, semble être atteint d'une affection médullaire avec paraplégie. La mère jouit,

au contraire, d'une excellente santé. Les frères et sœurs, au nombre de huit, sont bien portants.

Antécédents personnels. — Lui-même jouit d'une bonne santé ; il ne se rappelle pas avoir fait aucune maladie. On ne retrouve chez lui aucune trace d'antécédents strumeux. Il nie toute affection vénérienne antérieure ; il n'a jamais eu d'oreillons.

Au mois d'août 1879, il eut un congé pour aller aider ses parents dans les travaux de la campagne. Vers la seconde moitié de son congé, en montant à cru un jeune cheval non encore dressé, il eut, dans un brusque mouvement, le testicule gauche pris entre la cuisse et le cheval. La douleur le fit tomber de cheval ; mais il put bientôt se relever et retourner à la maison. La douleur, qui d'abord avait été supportable, augmenta beaucoup d'intensité dans la soirée et les jours suivants. Cependant, ne voulant pas faire connaître ce qui lui était arrivé, il continua à travailler autant qu'il le pouvait, non sans se forcer beaucoup. Dès qu'il avait marché un peu, la douleur devenait très-vive, le forçait à traîner la jambe ou même à s'asseoir. Il est très-affirmatif sur ce point, qu'à aucun moment la glande ne fut plus volumineuse qu'à l'état normal. Au bout d'une dizaine de jours, la douleur, bien que toujours présente, avait perdu de son acuité antérieure, et le malade put reprendre son service au régiment.

Le même état persista. Au bout de trois mois, cet homme s'aperçut que son testicule gauche avait notablement diminué de volume, et, dès lors, cette diminution s'effectua progressivement et d'une façon continue et régulière. Les marches et les exercices le faisaient toujours souffrir beaucoup ; mais, sans doute, pour ne pas avouer la nature de sa maladie, il ne se fit jamais porter malade. Cependant, à la suite d'une longue marche pour aller à la cible, au commencement de mars, il se promit bien qu'au premier tir il se ferait porter malade. En effet, il entra, le 4 avril, à l'infirmerie, d'où il fut envoyé à l'hôpital le 16 du même mois.

État actuel. — Homme de petite taille, assez faiblement musclé ; visage coloré, aspect extérieur n'ayant rien de maladif.

En l'examinant, on est immédiatement frappé par l'état d'atrophie dans lequel se trouve son testicule gauche. Celui-ci, en effet, ne dépasse pas le volume d'une grosse noisette ronde. Au toucher, il est de consistance molle, et il semble qu'il n'y ait plus qu'une sorte

de coque à moitié vide à la place du tissu glandulaire. L'épididyme est intact et a conservé ses rapports et son volume normal. Ce qui reste du testicule est d'ailleurs libre de toute adhérence avec les parties voisines, et il n'y a rien de spécial à noter dans l'aspect extérieur du scrotum au point de vue de la structure de la peau, des poils, etc.

La palpation du testicule est d'ailleurs fort douloureuse; il en est de même d'une pression quelconque. Aussi le malade se couche-t-il toujours sur le côté droit, pour éviter le frottement du testicule sur le drap et la pression exercée par le testicule opposé. La palpation de l'épididyme et du cordon spermatique réveille aussi d'assez vives douleurs. La station debout un peu prolongée, la marche, provoquent les mêmes douleurs; de sorte que le malade reste le plus possible assis ou couché, pour ne pas augmenter ses souffrances.

Outre ces douleurs provoquées, le malade éprouve également des accès douloureux qui n'ont rien de régulier dans leur apparition, mais qui se montrent surtout le soir lorsqu'il est couché.

Il subit alors des crises très-pénibles de douleurs lancinantes partant de la partie inférieure du scrotum, remontant le long du cordon et s'irradiant dans l'abdomen, dans la fosse iliaque et jusqu'à la ligne médiane dans le bas-ventre. Il est rare que les douleurs s'étendent jusqu'aux reins, et l'irradiation dans la cuisse est exceptionnelle. Ces accès, d'ailleurs, durent rarement longtemps; ils ne l'empêchent pas de reposer. En un mot, le sommeil est bon. Enfin, même au repos, il éprouve dans le testicule atrophié, une souffrance continue et sourde, bien que légère mais persistante.

Depuis son accident, ce malade n'a pas eu de rapports sexuels, dans la crainte d'augmenter son mal, et ne peut nous fournir de renseignements sur les modifications possibles de sa puissance génitale.

La miction se fait normalement et sans douleur. Jamais, d'ailleurs, il n'y a eu d'écoulement anormal par l'urètre.

Les fonctions digestives ne présentent rien de particulier. La défécation s'opère sans douleur. Depuis quelques jours, le malade tousse un peu; mais on ne trouve à l'auscultation que quelques râles sibilants et ronflants, disséminés dans les deux poumons, râles sans importance.

24 avril. — Le malade se plaint d'irradiations douloureuses dans la cuisse et jusqu'au niveau des reins.

Application d'un vésicatoire morphiné au pli de l'aine.

26 avril.— Les douleurs irradiées dans la cuisse et dans les reins persistent encore, mais ont été très-atténuées par le vésicatoire. Le malade ne tousse plus.

7 mai. — Le malade se trouve mieux depuis qu'il est au repos. Il a bon appétit et demande aujourd'hui quatre portions.

27 mai.—L'état du malade est absolument le même que le premier jour. Il n'y a pas de différence appréciable dans le volume du testicule. Les symptômes douloureux sont beaucoup moins marqués, le malade restant longtemps couché et ne se fatiguant pas dans la journée. Cependant il a encore des irradiations douloureuses, le soir, quand il est un peu fatigué. — Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement.

Observation VIII

Contusion du testicule gauche. — Epanchement dans la vaginale. — Epididyme indemne. — Atrophie de la portion centrale du testicule. — Durée du processus : trois mois. — (Communication orale de M. Gaujot, recueillie par M. Coutan).

H..., âgé de 35 ans, officier de cavalerie, bien constitué, marié et père de plusieurs enfants. Pas d'autres antécédents qu'une blennorrhagie remontant à une époque éloignée.

Un jour du mois de juin 1865, en montant un cheval sauteur, il se heurta le testicule gauche contre le pommeau de la selle. Il vit se produire immédiatement du gonflement dans le scrotum sans ecchymose, avec un peu d'épanchement dans la vaginale. Les jours suivants, l'épanchement augmenta ; le testicule était douloureux, l'épididyme indemne.

Ces symptômes persistèrent pendant trois semaines, en allant s'amoindrissant. Après ce laps de temps, l'épanchement se résorba sans traitement.

L'épanchement une fois disparu, on remarqua que le testicule, jusque-là gonflé et douloureux, devenait petit, atrophié et induré. L'atrophie et l'induration se prononcèrent de plus en plus à la longue.

Trois mois après l'accident, on constata sur la partie moyenne du testicule, vers le bord convexe, du côté opposé au corps d'Highmore, un noyau d'induration. Ce noyau amena le testicule à s'excaver et à devenir concave, de convexe qu'il est normalement.

Ce noyau était à peu près indolent, extrêmement dur, donnant la sensation fibro-cartilagineuse, tandis que les deux extrémités du testicule conservaient leur consistance normale. Il y eut donc atrophie partielle, localisée, de la portion centrale du testicule qui fut réduit à la moitié environ de son volume ordinaire. Le noyau d'induration persista; il a été constaté pendant des années. Le testicule avait à peu près la forme d'un rein ou d'un cotylédon.

Observation IX

Contusion du scrotum. — Tuméfaction énorme des parties. — Hydrohématocèle de la vaginale. — Atrophie du testicule et de l'épididyme. — (Communication orale de M. le professeur Verneuil, recueillie par M. Coutan).

Il y a environ six ans, un étudiant en médecine, dont un seul testicule était descendu dans les bourses, reçut, dans une rixe, un coup de pied sur la région scrotale. Il se présenta, le lendemain de l'accident, au professeur Verneuil, qui constata un gonflement énorme avec épanchement de sang et de sérosité. Il était impossible de reconnaître si le testicule lui-même participait à cette augmentation de volume. Au bout d'un temps assez long, les phénomènes inflammatoires disparurent; mais peu à peu l'épididyme et le testicule diminuèrent de volume. La dernière fois que M. Verneuil vit le sujet, l'organe séminal était comparable, comme volume, à celui d'un enfant. L'atrophie avait frappé, dans des proportions égales, le testicule et l'épididyme. Le sperme ne contenait plus de spermatozoïdes.

Observation X

Contusion du testicule gauche.— Pas d'épanchement dans la vaginale.— Tuméfaction du testicule et surtout de l'épididyme. — Atrophie consécutive. — (Communication de M. Poncet (de Cluny) à la Société de chirurgie (1).

G..., infirmier, n'ayant jamais eu d'uréthrite, ne présentant pas la plus petite goutte dans le canal le matin au réveil, se heurte le testicule gauche contre un poteau en fer. La douleur fut très vive au moment de l'accident (10 février 1881), et dès le lendemain l'épididyme présentait un fort gonflement.

G... n'entra à l'hôpital que deux jours après pour une angine, ne parla point de son orchite et sortit le 19, reprenant son service assez pénible. Alors le gonflement, qui avait diminué pendant le séjour à l'hôpital, reparaît, et G... rentre dans mon service le 15 mars.

Le scrotum n'est ni tendu, ni gonflé, ni luisant. Pas d'épanchement dans les tuniques. Mais l'épididyme forme une coiffe épaisse, indurée, volumineuse, au testicule, dans tout le bord postérieur. Le canal déférent est un peu plus gros et le testicule lui-même légèrement plus volumineux et surtout plus sensible que son congénère sain.

10 mars. — Repos, purgatif, cataplasmes.

18 mars. — L'induration de l'épididyme persiste ; cependant il y a diminution du gonflement.

19 mars. — Le testicule est moins tendu, quoique toujours douloureux. Cet homme ne présente rien d'anormal du côté de la prostate.

23 mars. — L'induration de l'épididyme persiste, quoique beaucoup moins volumineuse. Le testicule est notablement plus mou que celui du côté opposé et a déjà diminué de volume d'une façon très sensible, appréciable pour le malade lui-même, qui fait revenir le début de l'atrophie à deux ou trois jours, c'est-à-dire au quarantième jour de l'accident.

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, t. VII, p. 279.

Observation XI

Contusion du testicule gauche. — Pas d'épanchement dans la vaginale. — Inflammation du testicule et de l'épididyme suivie d'atrophie.— (Communication de M. Poncet (de Cluny) à la Société de chirurgie (1).

Guigne, jeune pompier, entré, le 21 février 1881, à l'hôpital militaire St-Martin, pour une orchite traumatique. Cet homme, qui n'avait jamais eu d'uréthrite et n'offrait actuellement aucune trace d'écoulement, s'était heurté violemment le testicule gauche contre le cheval de bois. Le scrotum n'était point rouge ni tendu ; il n'y avait point d'épanchement de sang ou de sérosité dans la tunique vaginale. Mais l'épididyme présentait sur tout son parcours une induration assez volumineuse, résistante et uniforme. Le testicule lui-même était un peu plus gros que du côté opposé, plus douloureux aussi à la pression.

Cependant tous ces phénomènes sont beaucoup moins accentués que dans la plus bénigne orchite blennorrhagique. Un purgatif, le repos et les cataplasmes permettent à cet homme de sortir de l'hôpital dès le 3 mars, et de reprendre son service.

Il est examiné le 20 mars, et, à ce jour, on constate qu'il n'existe plus d'induration à l'épididyme du côté gauche ; mais le testicule, de ce côté, est mou, bien qu'à la pression il donne encore la sensation spéciale à la glande ; en outre, il est d'un quart plus petit que celui du côté opposé.

Ainsi, chez Guigne, l'atrophie est déjà marquée un mois après l'accident.

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, t. VII, p. 278.

Observation XII

Contusion du testicule gauche.— Orchite traumatique.— Atrophie du testicule. — Indemnité de l'épididyme. — (Obs. de M. Coutan)

Cottray (Théodore), passementier, âgé de 24 ans, entré le 12 avril 1881, dans le service de M. Le Dentu. Il y a cinq jours, le 7 avril, étant assis sur un banc, il s'inclina en avant pour prendre un objet. Dans ce mouvement un peu brusque, le testicule gauche fut pincé entre la cuisse et le banc. Le malade ressentit aussitôt une vive douleur dans le testicule froissé et des tiraillements dans l'aine correspondante. Cette douleur dura dix minutes environ, et le malade put continuer son travail pendant le reste de la journée. — La nuit fut assez calme ; mais le matin (8 avril), en se levant, il éprouva de nouveau de la douleur, de la pesanteur dans le testicule gauche, et des tiraillements dans l'aine. Il s'aperçut alors qu'il avait les parties gauches enflées. Il alla néanmoins à l'atelier comme de coutume, parce que, disait-il, il travaillait assis, et qu'il ne souffrait pas dans cette position ; mais, dès qu'il voulait se tenir debout, la douleur testiculaire et les tiraillements inguinaux apparaissaient aussitôt.

C'est ainsi qu'il eut de la peine à rentrer le soir chez lui. Les parties continuèrent à gonfler pendant tout le second jour après l'accident.

Le troisième jour (9 avril), gonflement stationnaire, mêmes symptômes que les jours précédents, pas de fièvre, appétit conservé, en un mot, pas de symptômes généraux. Le malade consulte un médecin, qui lui conseille de porter un suspensoir, et lui prescrit une pommade et le repos au lit.

Le quatrième jour (10 avril), il essaya vainement de reprendre son travail et fut obligé de s'aliter. Continuation des mêmes symptômes.

Enfin, le cinquième jour, le malade entre à l'hôpital.

A son entrée, 12 avril, le testicule gauche présente le volume d'un gros œuf de poule ; son congénère, au contraire, est de dimension moyenne. La tuméfaction semble appartenir au testicule lui-même.

L'épididyme paraît sain, on le perçoit à peine sous la forme d'un petit cordon. L'induration du testicule est peu considérable ; l'albuginée n'est pas tendue, malgré un certain degré d'inflammation du côté du parenchyme testiculaire. La tunique vaginale semble n'être pas intéressée. En effet, la fluctuation est très obscure ; on perçoit plutôt une espèce d'empâtement. La douleur est presque nulle dans la position horizontale ou assise. La pression n'est pas très douloureuse. Le malade affirme n'avoir jamais eu de blennorrhagie. L'examen du canal de l'urèthre confirme le fait. Au toucher rectal, prostate normale ; pas de douleur ni de sensibilité au doigt ; pas de bosselures ni de nodosités ; volume de l'organe normal. Rien du côté des vésicules séminales et du canal déférent. Le cordon du côté gauche paraît un peu plus volumineux que son congénère.

Poumons absolument sains.

Le malade a toujours joui d'une excellente santé. Le père et la mère sont également bien portants.

M. Le Dentu diagnostique une orchite traumatique, en faisant toutefois quelques réserves.

Traitement : Repos au lit, cataplasmes laudanisés.

15 avril. — Le gonflement du testicule paraît avoir diminué un peu. A la palpation, on constate que l'épididyme est un peu plus volumineux et plus ferme que celui du côté sain. L'empâtement au niveau du testicule est plus marqué. La pression sur le testicule malade est douloureuse.

16 avril. — Le testicule commence à revenir sur lui-même. On sent toujours l'épididyme un peu plus volumineux et plus ferme que celui du côté sain, ainsi que l'empâtement au niveau du testicule.

19 avril. — La résolution continue toujours. Le testicule est beaucoup diminué de volume ; il est encore un peu plus volumineux que celui du côté sain. Pas de fluctuation. L'épididyme est un peu plus volumineux que celui du côté opposé. En outre, il présente une certaine sensibilité au niveau de la tête. Le malade s'est levé sans ressentir, comme avant, de la douleur et de la pesanteur au niveau du testicule, et des tiraillements du côté de l'aine.

M. Le Dentu, s'appuyant sur ce fait qu'on n'a jamais senti de fluctuation au niveau du testicule tuméfié, et qu'actuellement on ne constate pas l'induration caractéristique de l'épididymite pure, confirme son diagnostic : orchite traumatique.

25 avril. — La résolution est complète. Point d'induration au niveau de l'épididyme, qui semble absolument normal. M. Le Dentu est frappé de la mollesse du testicule et de la diminution notable de son volume. En effet, le testicule contus, au lieu de s'arrêter à son volume normal, a continué à s'atrophier. L'albuginée est ridée au toucher, le corps de la glande mollasse. D'après M. Le Dentu, cette atrophie survenue depuis peu confirme pleinement le diagnostic.

9 mai. — Le volume du testicule est diminué de moitié ; le malade quitte l'hôpital.

Observation XIII

Orchi-épididymite traumatique avec atrophie consécutive du testicule.
(Obs. inédite, communiquée par M. Chalot)

Joseph B..., âgé de 42 ans, cultivateur, marié, père de famille, habitant la rue Figairolles, à Montpellier.

Le 30 juin 1879, dans une dispute, il a reçu un coup de pied sur les parties génitales. Il n'eut pas de syncope, mais le soir même les parties présentaient un gonflement considérable. Pas de traitement.

Le 2 juillet seulement, M. Chalot est appelé. Il constate d'abord une ecchymose brunâtre sur toute l'étendue du scrotum du côté gauche, dépassant le raphé à droite d'un travers de doigt ; le scrotum est tendu, chaud, luisant. La bourse a le volume d'une grosse pomme ; la pression développe une vive douleur, surtout au niveau de la tête de l'épididyme, qu'on peut à peine reconnaître encore. Il ne paraît pas y avoir de liquide dans la tunique vaginale. Rien de particulier dans l'aine gauche, ni le long du cordon spermatique ; douleur sourde dans la région lombaire. A droite, les parties sont intactes.

Bon état général. Pas de fièvre. — Constitution robuste, tempérament bilio-sanguin. — Pas de maladies antérieures.

Traitement : repos au lit ; application de la pommade suivante, deux fois par jour, sur les parties malades :

Iodoforme bien pulvérisé....	4 gr.
Extrait de belladone.....	6 gr.
Vaseline.....	60 gr.

Par-dessus la pommade, une forte couche de coton, puis une lame de taffetas ciré, enfin un suspensoir à la Mayor. — Limonade citrique avec 0,30 centigr. de nitre. — Alimentation modérée.

Sous l'influence de ce traitement, la tension, la douleur, le gonflement diminuèrent peu à peu, si bien que, le 10e jour, la station debout et la marche pouvaient être permises avec le suspensoir de Mayor doublé toujours de coton et de taffetas ciré sans pommade.

Le 20 juillet, le sieur B... avait repris ses occupations ordinaires; il ne souffrait nullement du testicule gauche; mais ce dernier était encore sensiblement plus volumineux et plus dur que l'autre, en même temps que la sensibilité spéciale à la compression semblait moindre.

M. Chalot a eu l'occasion de revoir le malade 6 mois après, ayant été appelé de nouveau pour soigner sa femme, affectée d'un érysipèle de la face. Le testicule gauche était notablement plus dur et plus petit que le droit. L'épididyme était également diminué de volume, mais à un degré moins apparent.

Depuis cette époque, le malade a changé de domicile. M. Chalot n'a pu poursuivre plus loin son observation.

Observation XIV

Epididymite et phlébite funiculaire par effort. (Obs. inédite, communiquée par M. Chalot.)

Adrien S..., âgé de 28 ans, tonnelier, marié depuis 2 ans, père de deux enfants, habitant la rue Haguenot, à Montpellier.

Le 18 juin 1880, en déplaçant un tonneau, il a éprouvé une vive douleur dans la région inguinale gauche, ce qui ne l'a pourtant pas empêché de continuer son travail. Le soir, tiraillements douloureux dans l'aine et la région lombaire gauches, surtout pendant la marche.

M. Chalot est appelé le lendemain. Les veines du cordon spermatique sont gonflées et douloureuses, principalement au niveau de l'anneau inguinal; pas de varicocèle; pas de pointe herniaire. La tête de l'épididyme est augmentée de volume, nettement bosselée et fort douloureuse à la pression ; cependant l'épididyme se laisse encore délimiter sans difficulté, et le testicule ne présente rien de particulier, si ce n'est une sensibilité vive au moindre contact (testicule irritable ?). Pas de chaleur ni de rougeur des téguments. Pas de blennorrhagie.

Constitution faible. Tempérament lymphatico-nerveux. Pas de fièvre.

Traitement : 4 sangsues au niveau de l'anneau inguinal gauche, cataplasme émollient, suspension des bourses et repos au lit.

Le 20 juin, gonflement plus considérable de la tête de l'épididyme. Rougeur diffuse du scrotum. Néanmoins, le testicule participe relativement peu aux phénomènes inflammatoires.— Onguent napolitain belladoné, tisane nitrée.

Le malade est complétement guéri le 4 juillet.

M. Chalot l'a revu deux ans après, et il a constaté que l'épididyme gauche est plus dur et notablement plus petit que l'épididyme droit. Le testicule gauche ne paraît pas avoir diminué de volume ; il est souple et sensible comme le droit.

Observation XV

Orchite traumatique avec atrophie considérable du testicule. (Observation inédite, communiquée par M. Chalot.)

Un lycéen, Henri S..., âgé de 18 ans, pendant le congé de Pâques de 1882, voulut monter sur une jument qui était en marche, et sans selle ni couverture. Il y réussit si malheureusement que le testicule gauche fut fortement contus par l'échine de sa monture. Il raconte qu'il faillit tomber de douleur à la renverse, mais il continua à chevaucher, pour ne pas donner l'éveil aux parents qui l'accompagnaient.

Le soir, le testicule était un peu plus gros et douloureux; cet état persista pendant une quinzaine de jours, sans traitement d'aucune sorte. Notre lycéen allait et venait comme il pouvait, sans se plaindre. Mais, bientôt, il lui fut impossible de marcher, à cause du volume et de la douleur des parties génitales ; la fièvre était survenue avec un état gastrique très-accentué.

M. Chalot, appelé aussitôt, observa que la bourse gauche était extrêmement tendue, rouge, chaude, luisante ; elle avait le volume d'un poing d'adulte. Impossible de rien délimiter, soit épididyme, soit testicule ; impossible même de l'essayer, tant la douleur était vive. On craignait la suppuration.

Cependant, grâce à l'emploi des cataplasmes émollients, des bains de siège tièdes, de l'onguent napolitain belladoné, de la pommade iodoformée, de la suspension ouatée imperméable des bourses, et aussi du traitement local, tout rentra dans l'ordre au bout de un mois.

Mais le jeune malade a depuis lors un testicule moitié plus petit que l'autre, ainsi que M. Chalot l'a constaté tout récemment.

Cependant, comme la lésion est unilatérale, cela n'a pas empêché notre malade, au moment du dernier tirage au sort, d'être reconnu parfaitement apte au service actif.

Observation XVI

Epididymite par effort avec atrophie consécutive. — (Obs. personnelle).

Après une journée de fatigue, Antoine B., garçon de café, à Marseille, éprouve, en voulant soulever une table, une vive douleur dans la région inguinale gauche. Ne pouvant plus continuer son travail, il rentre chez lui. La marche exagère la douleur, qui s'irradie dans l'aine et dans la région lombaire gauche.

Notre ami, le docteur S..., est appelé le lendemain. Il constate un gonflement douloureux des veines du cordon ; l'épididyme est augmenté de volume et très-sensible à la pression ; il forme comme une coiffe épaisse et dure au testicule, dans tout son bord postérieur. Le testicule gauche est un peu plus volumineux, mais surtout plus sensible que le droit.

Le gonflement du scrotum est très peu considérable. Le malade n'a pas de fièvre. Il a une bonne constitution et prétend n'avoir jamais eu de maladie vénérienne.

Traitement. — Sangsues sur le trajet du cordon, pommade mercurielle, suspensoir ouaté, repos.

Trois jours après, le 15 mars, le gonflement de l'épididyme est plus considérable ; le testicule gauche est peu enflé, mais toujours sensible à la pression. M. le docteur S... ordonne des onctions avec de l'onguent napolitain belladoné et toujours le suspensoir ouaté et caoutchouté.

Le malade est bien mieux le 20 mars ; l'épididyme est cependant encore sensible dans la marche ; la station debout et prolongée est pénible. Bien que sensiblement diminué, le gonflement de l'épididyme est encore considérable.

Il rentre dans sa famille à Montpellier. M. le professeur agrégé Grynffelt, consulté alors par Antoine B., lui applique quelques mouchetures sur le scrotum. Sous l'influence de ce traitement il se produisit un mieux sensible : le gonflement disparut, les douleurs aussi, mais moins rapidement ; elles reparaissaient en effet chaque fois que el malade se fatiguait.

Ayant eu l'occasion, 5 mois après, d'examiner ce malade, nous avons constaté que l'épididyme était dur et plus petit que le droit ; le testicule ne présente rien d'anormal.

Observation XVII

(Personnelle)

Orchite traumatique avec atrophie consécutive personnelle.

Le 2 juillet 1884, le nommé Louis J., employé à la gare de Montpellier, voulant descendre d'un train en marche, se froisse les testicules contre un poteau de la barrière du disque. Il ressent une douleur très-vive dans la région des lombes et surtout dans les bourses ; elle dure pendant un quart d'heure environ et n'est calmée que par la station assise. Louis J... peut cependant continuer son travail le reste de la journée ; mais, le soir, il n'arrive chez lui qu'avec peine. Il passe une mauvaise nuit, et le lendemain, la douleur étant toujours aussi intense, il nous fait prier de venir le voir.

Voici ce que nous avons constaté : D'abord une ecchymose brunâtre de le partie droite du scrotum qui dépassait le raphe médian et occupait une faible partie du côté gauche. Le scrotum est tendu, luisant et très-chaud ; il présente le volume d'une grosse orange. La douleur est très-vive, la station debout est presque impossible. On ne remarque rien du côté du cordon et de l'aine. Il est très-diffieile de déterminer le testicule et l'épididyme, car le malade ne peut supporter la moindre pression.

Louis J..., est âgé de 21 ans ; il a une bonne constitution, n'a jamais fait d'excès alcooliques et n'a jamais eu de blennorrhagie.

Les antécédents héréditaires sont nuls.

Traitement. — D'abord, repos absolu ; les testicules sont maintenus relevés à l'aide d'un carton largement échancré et prenant un point d'appui sur les cuisses. Fréquentes applications de pommade mercurielle belladonée.

Le lendemain, application du suspensoir ouato-caoutchouté de Langlebert. Le soulagement fut imméd at et la rémission des symptômes très-notable.

Trois jours après le malade put se lever et se promener sans inconvénient dans sa chambre.

Le bandage est enlevé sept jours après. La douleur avait presque complétement disparu ; il ne restait plus qu'une sensation de pesanteur dans les bourses Le volume du testicule a considérablement diminué ; il a à peu près la grosseur du testicule sain ; l'épididyme ne présente rien d'anormal.

Le suspensoir ouaté est de nouveau appliqué. Le malade reprend ses occupations, qui l'obligent à rester debout une partie de la journée.

Les douleurs reviennent par la fatigue ; dans la nuit elles sont lancinantes, occupent la partie inférieure du scrotum, remontent le long du cordon et s'irradient dans le bas-ventre. Elles sont rares cependant, peu accentuées et de courte durée.

Le testicule a continué à diminuer de volume, et aujourd'hui, on constate déjà qu'il est plus petit que le gauche et moins résistant au toucher.

Vu :
Le Président-Censeur,
BOYER.

Vu bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT REPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie

L'alcool, l'éther, au point de vue chimique et pharmaceutique.

Physique médicale

Détermination de la température d'un lieu.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

Quelle est la texture du cristallin?

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne

Qu'est-ce que le lymphatisme ?

Pathologie externe

Du cancer de l'utérus.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie

De la superfétation.

Hygiène

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

La poche des eaux est-elle utile dans les accouchements ?

Clinique interne

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique externe

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales

Existe-t-il un délire des sens ?

Titre de la Thèse à soutenir

De l'orchite traumatique avec atrophie consécutive.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !